

SÍNDROME BURNOUT VS NEUROANATOMÍA HOLÍSTICA FEMENINA = ÉXITOSA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EN SALUD PÚBLICA MULTINIVEL EN GUANAJUATO

Dra. Ramírez Chávez María Inés¹

M.C. Rubén Cano Cañada²

Dr. José Odón García García³

RESUMEN

Una de las grandes ventajas en el Siglo XXI es la conectividad actual la cual minimiza la emisión y recepción de la información a nivel mundial con ello se potencializa que los profesionales de salud pública se encuentran inmersos en el escrutinio público (Ramírez, 2016). Repercutiendo en el aumento de la presión social que exige conductas principios y valores profesionales óptimos (Schultz, 1985).

En el manejo del esquema de salud pública Guanajuatense. El capital humano Guanajuatense es muy diverso ya que dicho Estado cuenta con una multidimensional sectorial: agroalimentario, cuero-calzado, automotriz, turístico, religioso, etc. Sigilosamente, lenta y letal aparece con ellos en los profesionales sanitarios el síndrome de Burnout (Ramírez, 2016) teniendo una controversia ya que en ellos recaer velar por la salud integral de los Guanajuatenses omitiendo la propia. El objetivo de dicha investigación es conocer los niveles del Síndrome de Burnout en todo el Estado, así como sus categorías buscando una estrategia de afrontamiento eficiente y eficaz encontrando que la neuroanatomía holística femenina con una estrategia exitosa de afrontamiento.

¹ Dra. María Inés Ramírez Chávez, Salud pública de Gto., ramicha_9@yahoo.com.mx

² M.C. Rubén Cano Cañada, Tecnológico de Celaya, ruben.cano@itcelaya.edu.mx

³ Dr. José Odón García García, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Economía.

Efectuando un estudio mixto abarcando todos los niveles de salud pública y las ramas: médico, paramédico y administrativo único a nivel mundial. Con un muestreo de 316 participantes abarcando todo el sistema de salud multinivel de Guanajuato, usando Maslach Bournout Inventory (MBI) midiendo los niveles: bajo, medio severo.

Concluyendo los siguientes resultandos: niveles severos en el género masculino con un 18.9% en contraparte del género femenino con un 10.8% y sus categorías: Cansancio emocional, despersonalización, y falta de realización profesional.

Reflejando los siguientes resultados:

- 1.-Cansancio emocional femenino alto con un 39.46% en contraparte de los hombres con un 49.9%.
- 2.- Despersonalización alta género femenino 28% masculino 40.98%.
- 3.-Falta de realización profesional alta femenino un 33% masculino 36%.

Para el análisis estadístico se empleó el SPSS ver 22.0. Aportando que la neuroanatomía femenina juega un papel protagonista como estrategia de afrontamiento contra el Síndrome de Burnout.

PALABRAS O CONCEPTOS CLAVE: Síndrome de Burnout, Neuroanatomía Holística Femenina, Exitosa estrategia de afrontamiento.

Introducción.

El ser humano es el eje fundamental para el desarrollo del cualquier país por que los gobiernos se ocupan de la salud de su población(Ausfelder,2010). La salud es uno de los

elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga y cualitativa. Ya que el reflejo de la misma es el progreso económico de un país.

El padre de la economía (Smith, 1772) realiza la aportación de que un hombre bien educado será semejante a una maquina ya que en la medida en que el trabajador aprenda a desempeñar su trabajo basándose en la oferta y la demanda.

Por lo que analiza, debe de haber trabajadores especializados en un área para eficientar la economía comenzando así los primeros vestigios del capital humano(Beecker,1983).

Posterior a la segunda guerra mundial (Schultz,1977) pionero en la teoría el capital humano manifiesta la ambigüedad para lograr su cálculo a través de su rendimiento más que a través de su costo ya que sostiene que para medir los beneficios de la inversión en capital humano.

Mientras que cualquier aumento de la capacidad producida por dicha inversión humana se convierte en una parte del agente humano y por lo tanto no puede ser objeto de venta, está, sin embargo, “en relación con el mercado” al afectar a los sueldos y salarios que puede percibir el agente humano (Carlin,2010). El aumento resultante de los ingresos es el rendimiento de la inversión

En este sentido, la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de todo ser vivo mantenga buenos estándares de funcionamiento (Afifi, 2006) y pueda así realizar las diferentes actividades que contribuyen a el progreso local, regional y nacional esta tarea siempre ha recaído en los profesionales de salud.

Por lo que la salud pública es un eje vital en las agendas de todos los países (Arce,1992) en nuestro país mantener los estándares mundiales de salud ha tenido una labor titánica buscando nuevos horizontes que llevan a mantener niveles óptimos de los mexicanos en materia de salud.

El Estado de Guanajuato cuenta con un sistema de salud integral líder en la vanguardia en salud pública multinivel nacional. (Ramírez, 2016)

Pionero en brindar asistencia médica con el programa nacional de seguro popular en el año en 2005 como un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos o bien que trabajen por cuenta propia y que no sean derechohabientes de ninguna institución de seguridad social que avale su cuidado de la salud.

Ante tal reto esta institución de salud pública crece a paso agigantados y pasa a tener 4 veces más personal que afronte los nuevos retos de brindar atención de salud a la población del Estado de Guanajuato (Ramírez, 2016).

Con ello se efectúa la contratación de personal en todas las ramas: médicos, paramédicos y administrativos comprometidos en hacer una labor humanística.

Para el 2012 comienza a presentarse dentro del Estado y en específico en esta institución de salud pública de Guanajuato muertes de personal que labora dentro de la misma comenzando a tener importancia el conocer el porqué si gozaban de una salud integral buena sucedían estos descensos apareciendo el síndrome de Burnout.

En la actualidad el capital humano se ha integrado de manera invisible la denominada industria humana. (Say, 2010) donde la competencia y las exigencias de los usuarios son cada vez más altos los estándares que piden para satisfacer sus necesidades.

De lo contrario la conectividad se encuentra en tiempo real para desacreditar los servicios de salud pública de Guanajuato, México y A sus protagonistas (Ramírez, 2016).

El hecho es que vivimos una realidad sumamente especial en la que la industria y la organización requieren desarrolla un alto nivel de efectividad y competitividad(Garcia,2001) para mantenerse presentes en la sociedad demandando cambios de actitud hacia el trabajo y el desempeño de sus labores.

Resultado de una demanda excesiva de energía física y mental ahí nace una pérdida progresiva de energía, desmotivación por el trabajo, cambios de comportamiento (Kalimo,2011) produciendo síntomas de ansiedad y depresión a el capital humano lo cual es relacionado a el estrés.

De manera sigilosa, aparece una patología grave, lenta y letal llamada: “Síndrome de Burnout”. (Ramirez,2016).

Síndrome de Burnout es un problema de salud y de calidad de vida labora un tipo de estrés crónico que se define como una respuesta psicofísica que padece el capital humano como consecuencia de un esfuerzo frecuente (Dubet,2005) cuyos resultados son considerados por el entorno social ineficaces e insuficientes.

Para Fernández (2015), el síndrome de Burnout conforma una respuesta al estrés cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento: los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas se implica situar las demandas emocionales fundamentales de las que sobre pasan la capacidad del trabajador.

Considerado como problema de salud pública Síndrome de Burnout en Europa viene apoyada por la circunstancia de que la OMS, en la décima revisión 2013 de la CIE (Clasificación internacional de enfermedades), lo ha incluido en su capítulo V, referente a los trastornos mentales y del comportamiento, concretamente en el apartado reservado a : Problemas relacionado con el manejo de las dificultades de la vida, traduciéndolo como agotamiento y causa para otorgar licencias médicas ,código Z73.0 (Bosqued,2014)

Objetivo.

El género femenino presenta un elemento neuroanatómico intrínseco para ser más propenso a adquirir el síndrome de Burnout como eje modular la neurolingüística o Viceversa es una fortaleza usada como estrategia de afrontamiento contra el síndrome de Burnout en salud pública de Gto.

Bases Teóricas.

1.1. Bases Teóricas Síndrome de Burnout.

En 1973 Ginberg realiza la primera aportación al Síndrome de Burnout al ver las conductas progresivas nocivas que presentan los custodios del reclusorio en la ciudad de Boston, pero su investigación no es citada debido a que no tuvo un desarrollo científico tan prolífico como su sucesor(Maslach,2013).

Freudenberger, H. A fines de 1974 y principios de 1975 por primera vez se estudia como un fenómeno social SB con la finalidad de describir el estado físico y mental de personal de asistencia en medicina en su mayoría voluntarios que trabajan con toxicómanos en un periodo determinado normalmente de un año sufriendo de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y una fuerte carga de agresividad con los pacientes. (Freudenberger, H. 1998).

La psicóloga social Cristina Maslach discípula del Freudenberger, estudia las respuestas emocionales en los empleados cuya profesión es ayudar a las personas para ello utiliza un grupo de abogados de oficio entre 1978 -1979 realizado en Los Ángeles, California. USA. (Carlin,2010).

En 1982 Maslach, definiendo el Síndrome de Burnout como: “Una manifestación comportamental del estrés laboral”. (Maslach, 1982).

Aportando la clasificación del SB como un: “síndrome tridimensional” caracterizado por:

- 1.- Cansancio emocional(CE) o agotamiento emocional (AE). Cuya característica es un estado impaciente activo del profesional. (Maslach, 1982).
- 2.-Despersonalización (D) o deshumanización (DE). El cual consiste en el desarrollo de actitudes negativas laborales, desarrollo de actitudes relacionadas a la inestabilidad laboral y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. (Maslach, 1982).
- 3.- Falta de realización profesional (FRP) o el trato con clientes y usuarios llamado dificultad para el logro. (Maslach, 1982).

En nuestro país Erika Villacencio en el 2014, psicóloga de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), concluye que la cultura laboral mexicana no permite que los índices de personas que padecen de dicho síndrome disminuyan, pues jefes y compañeros ven con malos ojos el hecho que un trabajador salga a la hora que le corresponde, sumado a que ciertas empresas emplean la estrategia de “más con menos”, donde existen menos trabajadores con más carga laboral. (Campbell,2017).

Enrique Graue, Rafael Álvarez y Melchor Sánchez, para el año 2015 académicos de la UNAM, manifiestan el factor detonante de SB es la carga excesiva de responsabilidades en el trabajo, la cual debe ser efectuada en un corto periodo de tiempo. Aunado a la carencia de apoyo de los jefes o compañeros, la ausencia de retroalimentación positiva, percepción de inequidad y la falta de autonomía, son otras causas relacionadas con la aparición de esta enfermedad. (Avendaño,2016).

1.2. Bases Teóricas de la Neuroanatomía.

Gustavo Le Bon (1879) manifiesta en su teoría cerebral que un gran número de mujeres cuyos cerebros son de un tamaño más próximo al de los gorilas que al de los cerebros más desarrollados de los varones. Atribuyéndole que ellas representan las formas más inferiores de la evolución humana.

Para Summer (2005) La corteza cerebral de los varones es más gruesa permitiéndolo enfocarse en el hecho y no en la emoción por lo que argumenta que la causa de que haya muchos más puestos científicos ocupados por hombres que por mujeres su investigación fue avalada por la universidad de Harvard.

En el 2006 Loan Briz endiñe en su tesis central dice que las mujeres están especialmente más preparadas para la comunicación, la empatía, la percepción de las emociones.

Mientras que los varones para las acciones ya que las emociones disparan menos sensaciones y pensamientos racionales esto a causa de las conexiones cerebrales por lo que la profesión de enfermería está orientada a el género femenino (Snell,2007).

1.3 Bases Teóricas Síndrome de Burnout Vs Bases Teóricas de la Neuroanatomía.

Para el 2010 el neurobiólogo de la Universidad de Stanford Ben A. Barres en su artículo de: “Sexo e Inteligencia” refiere el cerebro es una compleja máquina en constante cambio ya que una sinopsis cerebral puede construirse o destruirse en 24 horas las diferencias son muy variadas que van desde: genéticas, anatómicas, educacionales, aprendizaje, sensoriales, cognitivas, lateralidad, neuroanatómicas-asimétricas morfológicas, neuroanatomía- asimétricas funcionales, etc. (Schunke,2006).

A) Diferencias Genéticas. Enfatiza que los varones genéticamente son más débiles por ello padecen más enfermedades hereditarias (Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, Obesidad, Vitíligo, etc.) que su sexo opuesto dichas enfermedades pueden ser detonadas por altos niveles de estrés.

B) Diferencia Anatómica. El cerebro de una mujer póse más materia gris y los hombres más materia blanca. Los cuerpos callosos femeninos existen una gran variedad de nervios que conectan los hemisferios cerebrales para intercambiar información siendo este más grueso que el de los varones (Schunke, 2006). Mientras que el cerebro masculino está más lateralizado en su hemisferio derecho, el cual controla las funciones del lado opuesto del cuerpo. Enfatizando

en que las femeninas tienen más propuestas resolutivas ante las situaciones laborales desencadenadas por el estrés laboral.

C) Diferencia en Educación. En los primeros años de vida al género masculino sufre más castigos corporales ya que es una forma de control enfatizado por la cultura en contraparte a las femeninas se les explica de manera verbal y no corporal robusteciendo el hemisferio cerebral izquierdo llevándolas a aprender estrategias de afrontamiento de manera muy temprana utilizadas en tener un mejor control del estrés. Al género femenino se le atribuyen profesiones con alta carga de humanidad como son: Enfermería, educación, psicología, religión, etc.

D) Diferencias de Aprendizaje. Las cortezas cerebrales femeninas reflejan que dominan mejor el aprendizaje verbal en un 24% mayor que los masculinos. Mientras que estos tienen mayores habilidades espaciales y más facilidad perceptiva con líneas, ángulos y perspectivas, al ser más exploradores e inquietos. La mujer se interesa por el rostro humano y los masculinos por los objetos.

E) Diferencias Sensoriales. Las terminaciones neurológicas de muestran que las mujeres oyen los sonidos más débiles pero los hombres tienen más agudeza visual. El género femenino tiene mejor ángulo de visión mientras que los masculinos tiene mejor sentido de profundidad y de la perspectiva. El sentido del olfato y el gusto está más desarrollado en mujeres detectan fácilmente los sabores amargos y los masculinos los sabores salados es por ello que parte de la aromaterapia se encuentra enfocada a las mujeres como estrategia de afrontamiento contra el estrés.

F) Diferencias cognitivas. El varón tiene mejor habilidad visoespacial en la rotación mental y las habilidades de percepción espacial. Así como su razonamiento matemático óptimo gracias a que sus lóbulos temporales se activan bilateralmente con pruebas de razonamiento matemático y su flujo en la activación cortical es muy veloz. Mientras que la mujer tiene una habilidad lingüística en ciertas habilidades verbales, especialmente en fluencia verbal poseen una mejor fluencia verbal del tipo fonético, pero no semántico. poseen una velocidad perceptiva, descubriendo que se agudizan el hemisferio derecho los cual les permite efectuar tareas manuales motoras finas y tener una memoria verbal amplia.

G) Diferencias Lateralización neuroanatómico. Se hallaron diferencias a nivel fonológico en hombres hay laterización en el giro frontal inferior del hemisferio derecho. Las mujeres presentan lo mismo en ambos hemisferios al mismo tiempo lo que sugiere una organización neurológica muy diferente desde el punto de vista fonológico. Es decir, son más conscientemente diestras que los varones por lo que pueden ejecutar diversas tareas a la vez.

H) Diferencias neuroanatómicas-asimétricas morfológicas. Los varones poseen cerebros con mayor volumen que el de las mujeres, pero las diferencias son significativas para el volumen de los hemisferios cerebelosos, pero no de los hemisferios cerebrales. Mientras que las mujeres tienen menor sustancia blanca cerebral pero mayor volumen del hipocampo y del caudado.

I) Diferencias neuroanatomía- asimétricas funcionales. Los varones diestros el hemisferio izquierdo deteriora más el coeficiente intelectual verbal del WAIS que el manipulativo, al revés si el daño afecta el hemisferio derecho. Mientras que estos patrones de déficit selectivo no se observan para las femeninas por lo que se concluye que insistirían en el mayor grado de funcionalidad asimétrica cerebral en el varón diestro que en la mujer diestra. Aportando que la mujer cuenta con una activación de carácter más bilateral frente a las tareas lingüísticas.

Permitiéndole que el nivel de estrés descienda solo con comunicarlo de manera verbal a otras personas.

Después de hacer una investigación sobre las teóricas se procede a investigar si en el sistema de salud publico multinivel se puede cumple la hipótesis de que el Síndrome Burnout **VS** Neuroanatomía Holística Femenina = Exitosa estrategia de afrontamiento en salud pública multinivel Guanajuato.”

Parte experimental.

2.1. Esquema de Investigación. Se efectúa un estudio mixto debido a que son los más apegados a la realidad para describir la frecuencia, características, patrones más importantes de esta patología. Identificando los grupos y rangos más vulnerables estableciendo los factores de riesgo que existen en el sistema de salud públicos de Guanajuato (Thompson, 1998).

Por primera vez existe una investigación la cual abarque diferentes ciudades, lugares e instituciones de diferentes niveles de atención brindada en el Estado de Guanajuato con ello se identificará el estado que presentan los trabajadores en el síndrome de Burnout, realizada dicha investigación a nivel lineal de trabajador a trabajador con lo que los participantes aportan información útil para brindar a los trabajadores bienestar y apoyo institucional que frene el síndrome de burnout y el deterioro del capital humano.

2.2. Participantes.

Se estudiaron el 58.14% de todos los diferentes centros públicos de atención en salud Caises, Umops, Hospitales, Otros (Jurisdicciones, Sectores, etc.) que existen en el estado de Guanajuato.

El total de participantes fueron 316 trabajadores de los diferentes códigos: Área Médica 183 participantes (57.9%), Área Paramédica 71 participantes (22.5%), Área Administrativa 46 participantes (14.6%), No contesto 16 trabajadores (5.1%).

La técnica de recolección de datos empleada es Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en la cual se aplicó a todo el personal que labora en salud pública los cuales brindaron su consentimiento verbal para llenar dicho instrumento.

2.3. Procedimientos.

El equipo de investigación se desplazó a los cuatro puntos cardinales (norte, sur, este y oeste) del Estado con la finalidad de obtener un panorama amplio de la perspectiva del SB. Formando por cuatro apartados.

La primera sección, se hacía la presentación del estudio, así como el conocimiento informativo.

En la segunda parte se solicitaban las variables sociodemográficas las cuales se relacionarían al SB.

La tercera se encontraba El Inventario de Burnout (MBI) compuesto por 22 ítems en una escala de Likert de 6 puntos, el nivel de medición se entiende como: a mayor puntaje mayor acuerdo con cada una de las preguntas propuestas.

Por último, se realizó una etapa de validación cualitativa del instrumento procediendo posteriormente a la realización de la investigación.

Sometido a una escala utilizada para estimar el nivel de Burnout igualmente sometida a un análisis de consistencia interna mostrando un coeficiente Alpha de Cros Bach de 98.89%.

2.4. Analisis de datos. El primer paso se efectuó un estudio piloto con el fin de comprobar la comprensión de los ítems, sus propiedades psicométricas y explorar la estructura factorial de la escala una vez realizada la traducción del MBI.

El análisis factorial exploratorio (AFE) se realiza en el software de FACTOR 7.0. Después se aplica un análisis Factorial Confirmatorio (AFC) permitiendo probar la estructura una factorial de la escala para finalmente estimar la fiabilidad del instrumento mediante el índice Chonbach.

El cual fue inferior a 0.60. Empleando el software de AMOS 16.0. Estudiando la correlación de Pearson entre las tres dimensiones que comprenden el Síndrome de Burnout y la percepción salarial recibida por la actividad profesional dentro los nosocomios para poder confirmar la validez de constructo (convergente y discriminante) de la adaptación del MBI

Teniendo completa la recolección del MBI, los datos se procesaron con el paquete estadístico para ciencias sociales (Minitab. V, 16 por su sigla en ingles). Posteriormente se aplicaron análisis de frecuencias, análisis de contingencia, análisis de correlación, pruebas de hipótesis y análisis de consistencia interna con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Resultados.

3.1 Análisis descriptivo de los resultados sistema de salud pública del Estado de Guanajuato.

Para esta investigación se desarrolla de la siguiente forma participando todos los tipos de unidades siendo los hospitales un 41.5% de la muestra seguidos por los Caises con un 40.8% mientras que los UMAPS cuentan con un 13.9% para finalizar con otros los cuales son caravanas móviles de salud, oficinas jurisdiccionales, oficinas centrales estatales, desarrollo de epidemiología, etc. (Tabla 1. Estadística descriptiva sistema de salud público de Gto).

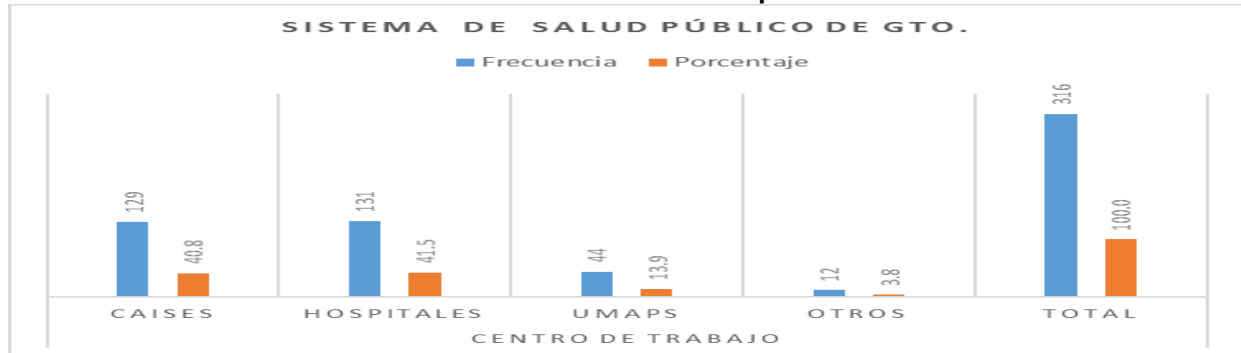
Tabla1 Estadística descriptivo sistema de salud público de Gto.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de trab CAISES	129	40.8
Hospitales	131	41.5
UMAPS	44	13.9
Otros	12	3.8
Total	316	100.0
Servicio donde		
Enfermería	103	32.6
Médico	76	24.1
Administración	64	20.3
Paramédico	49	15.5
Otros	24	7.6
Total	316	100.0
Código		
Médico	183	57.9
Paramédico	71	22.5
Administrativo	46	14.6
No contesto	16	5.1
Total	316	100.0
Tipo de plaza		
Federal	89	28.2
Estatal	52	16.5
SP regularizado	72	22.8
SP no regularizado	70	22.2
Otros	33	10.4
Total	316	100.0

Fuente: Elaboración propia 2016.

Mientras que los códigos se encontró la rama médica es la más alta con un 58%, la más baja es la rama administrativa con un 15%. El tipo de plaza el más alto es de presupuesto federal con un 28% seguido por seguro popular regularizado con un 23%. (Figura 1 Sistema de salud público de Gto).

Gráfica 1.-Sistema de salud público



Fuente: Elaboración propia 2016.

Por ser la profesión de enfermería una de la más arraigadas dentro del género femenino con un 32.6% de los participantes del sistema público multinivel de Guanajuato.

Su misma genética implica el realizar multitareas combinando la vida laboral con la personal permitiéndole tener mejores estrategias de afrontamiento que el género opuesto. (Tabla 2 Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto)

Tabla 2.- Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto.

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	113	35.8
	Femenino	203	64.2
	Total	316	100.0
Estado civil	Casado	176	55.7
	Soltero	91	28.8
	Unión libre	16	5.1
	Divorciado	18	5.7
	Otro	15	4.7
	Total	316	100.0
Antigüedad (años)	0 - 10	217	68.7
	11 - 20	74	23.4
	21 o más	25	7.9
	Total	316	100.0
Edad (años)	20 - 29	70	22.2
	30 - 39	114	36.1
	40 - 49	95	30.1
	50 o más	37	11.7
	Total	316	100.0

Fuente: Elaboración propia 2016.

El 57% está casado lo que les da más estrategias de afrontamiento familiar por la responsabilidad de la manutención de la misma.

69% posee una antigüedad de 0 a 10 años lo que puede indicar la alta rotación de personal que tiene el sistema de salud.

La edad con mayor rango es entre 30 a 39 años con un 36% lo que indica que el sistema está compuesto por gente joven que puede aportar su juventud para brindar un sistema de salud integral para los guanajuatenses.

El Estado civil el 56% es casado por lo que le permite tener mejores estrategias de afrontamiento así mismo tiene de antigüedad de 0 a 10 años con un 69% esto demuestra que existe una rotación constante de personal aun cuando.

Mientras el rango de edad mayor se encuentra entre 30- 39 años con un 36%. (Gráfica 2 Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto).

3.2 Servicios ofertados en el sistema de salud público de Guanajuato.

Los centros de trabajo se componen de: Caises, hospitales, Umops y otros delimitando los servicios por consulta externa, urgencias, ucin, hospitalización, terapia, pediatría, cuidados intensivos, etc. en donde se vea inmersa la rama de enfermería y médico por ello se efectuó de manera general para dicho código. (Tabla 3. Servicio laborable en el sistema de salud público de Gto.)

Tabla 3. Servicio laborable en el sistema de salud público

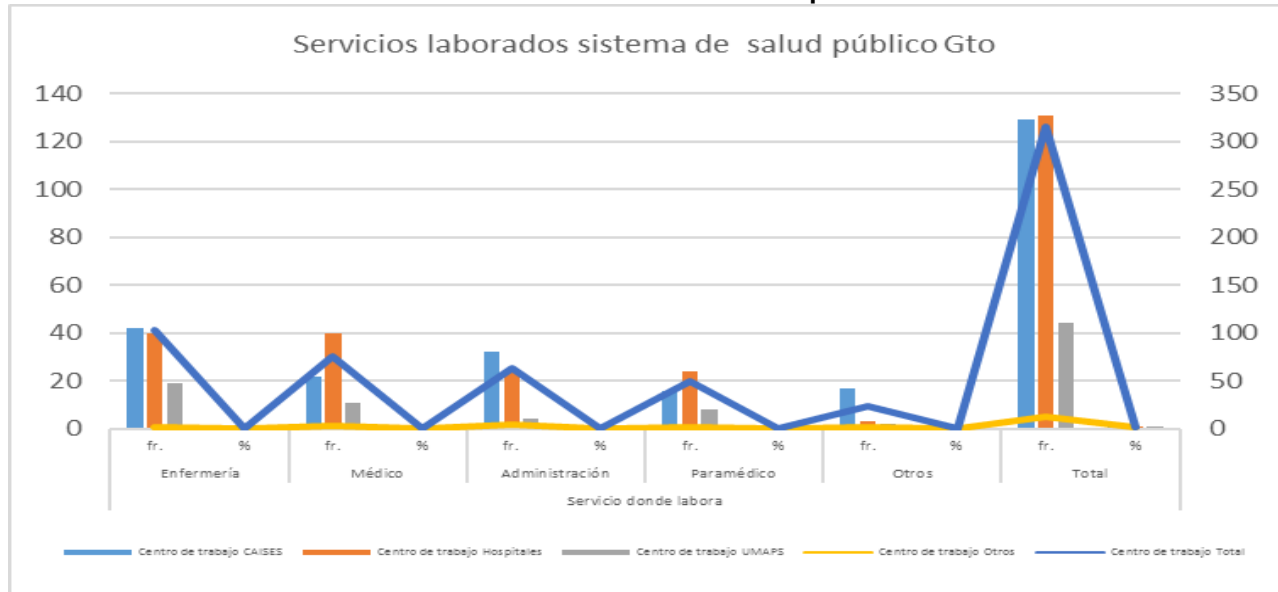
		Servicio donde labora											
		Enfermería		Médico		Administración		Paramédico		Otros		Total	
		fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
Centro de trabajo	CAISES	42	32.6%	22	17.1%	32	24.8%	16	12.4%	17	13.2%	129	100.0%
	Hospitales	40	30.5%	40	30.5%	24	18.3%	24	18.3%	3	2.3%	131	100.0%
	UMAPS	19	43.2%	11	25.0%	4	9.1%	8	18.2%	2	4.5%	44	100.0%
	Otros	2	16.7%	3	25.0%	4	33.3%	1	8.3%	2	16.7%	12	100.0%
	Total	103	32.6%	76	24.1%	64	20.3%	49	15.5%	24	7.6%	316	100.0%

Fuente: Elaboración propia 2016.

Los paramédicos se encuentran los servicios como: chofer, laboratorio, cocina, estadística, archivo, farmacia, rayos X, atención de admisión, trabajo social, psicología, filiación de seguro popular, promoción a la salud, rehabilitación, regulación sanitaria, psicología, nutrición, medicina preventiva, etc. Para la rama administración está vinculada a tareas de secretaria, mantenimiento, lavandería, archivo, atención de usuarios, enseñanzas, compras, atención a usuarios, promoción a la salud, caja, administración, admisión, conmutador, vigilancia, etc. (Tabla 3. Servicio laborable en el sistema de salud público de Gto.).

La rama de enfermería ocupa los niveles más altos ya que existen unidades en donde solamente se cuenta con una enfermera y un médico por lo que desarrolla diversas tareas de distintos perfiles dentro de su jornada de trabajo, esto trae consigo el ser más vulnerable a tener SB por dicha diversidad (Gráfica 2. Servicio donde labora en sistema público de salud en Gto).

Gráfica 2. Servicio donde labora en sistema público de salud



Fuente: Elaboración propia 2016.

Concluyendo que los hospitales cuentan con 30.5% tanto de médicos como de enfermería esto muestra que dicha rama se encuentra cubierta en igualdad la misma proporción se efectúa en el código de paramédico y lo administrativo. En los Caíses se muestra que existe una deficiencia para el código de paramédicos por lo que algunas de las funciones asignadas a dicho código se realizan por las enfermeras esto es una duplicidad de funciones dicha situación es óptima para que sigilosamente aparezca el SB.

3.3 Análisis por género.

De acuerdo a la anatomía del SB el género es un detonante intrínseco para el desarrollo de esta grave patología por lo que el género femenino es el 64.2% de la muestra estudiada esto se debe en gran parte a que la profesión de enfermería ha sido por varias décadas exclusivas como de este género (Tabla 4. Análisis por género en el sistema de salud público de Guanajuato).

Tabla 4. Análisis por género en el sistema de salud público

		Género					
		Masculino		Femenino		Total	
		Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje
Centro de trabajo	CAISES	40	31.0%	89	69.0%	129	100.0%
	Hospitales	55	42.0%	76	58.0%	131	100.0%
	UMPS	14	31.8%	30	68.2%	44	100.0%
	Otros	4	33.3%	8	66.7%	12	100.0%
	Total	113	35.8%	203	64.2%	316	100.0%

Fuente: Elaboración propia 2016.

El género masculino representa el 36% de la muestra estudiada por lo que si se marca una diferencia drástica en esta equidad de género para el estudio del SB siendo en los Caises en donde se observa un nivel superior de mujeres.

Para el sexo opuesto se observa que la mayor frecuencia de los masculinos se encuentra concentrado en los hospitales con 55 participantes.

Por lo que se manifiesta una marcada desigualdad de géneros dentro del sistema de salud pública de Guanajuato.

3.5. Análisis global por género.

El modelo etimológico elaborado desde la teoría socio cognoscitiva del “YO” manifiesta por el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli en 1993. Manifestando que las mujeres son menos propensas a él SB por su misma naturaleza, basados en ello manifiesta la validación de dicho modelo ya que en el sistema de salud público de Guanajuato es cierto (Tabla 20- Análisis global del Sb en relación a el género en salud pública Gto)

Tabla 5- Análisis global del Sb en relación a el género en salud pública

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
		%	%	%
Síndrome de Burnout	Sin síndrome	38.1	40.4	39.6
	Síndrome bajo	19.5	29.1	25.6
	Síndrome medio	23.9	19.7	21.2
	Síndrome severo	18.6	10.8	13.6
	Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia 2016.

El género femenino manifiesta un 40.4% sin síndrome mientras que en contraparte el género masculino tiene el 38%. En síndrome bajo el género masculino presenta un 19.1% y el femenino un 29%. El síndrome de Burnout medio se obtiene para las mujeres un 19.7% y los hombres un 24%. El síndrome severo lo presentan el género masculino en un 19% y el femenino en un 11%. Concluyendo que el género masculino es más propicio a tener síndrome de Burnout que su opuesto esto se le atribuye a que la mujer por su misma naturaleza está acostumbrada a efectuar múltiples tareas (labores domésticas, labores del desempeño profesional, cuidado de la familia, etc.) que se le vuelven con el paso del tiempo un hábito. Por lo que el modelo propuesto por Buunk y Schaufeli se cumple dentro del sistema de salud público del Estado de Guanajuato.

CONCLUSIONES.

Por ser la profesión de enfermería en su mayoría del género femenino se interpreta que las mujeres poseen niveles sin síndrome de Burnout del 40.4% a comparación del sexo opuesto con un 38.1% para un nivel general del SB bajo con un 29% las mujeres mientras que los hombres un 19.5% en el nivel medio 23.9% los hombres y las mujeres 19.7% pero alarmantemente casi se duplica el SB para los hombres con un 18.6% y las mujeres con un 10.8%.

Por lo anterior las categorías del SB en Cansancio emocional en su nivel alto los hombres tienen un 46.9% y las mujeres 10 puntos menos al obtener el 30.4%

La despersonalización los hombres registraron niveles al doble de la mujer esto se le atribuye a el llamado instinto maternal que hace ser más sensibles.

Para la falta de realización profesional las mujeres presentan niveles más altos esto se infiere al posponer su realización profesional en parte por dedicarse a las labores del hogar.

Concluyendo la mujer posee una Neuroanatomía Holística que le permite hacer multitareas es decir efectuar una tras otra o bien realizar varias tareas a la vez, ya que dicho género posee esta función inherente en su anatomía, por lo que el sistema de salud público multinivel Guanajuato, mantiene niveles bajos de síndrome de Burnout. Enfrentando así los escenarios mundiales que a traído en específico el clúster automotriz Guanajuatense.

REFERENCIAS

- Afifi, A y Bergman, R.** (2006). *Neuroanatomía Funcional*. Segunda edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México.
- Allis, E. A., & Fleishman** (1982). *Human performance and productivity. Vol.3, Stress and performance effectiveness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Arce Arnaiz, M. A., Domínguez Carmona, M., Otero Paine, Á., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Salud Pública e Historia de la Ciencia.** (1992). *Evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores sanitarios y su relación con las condiciones de trabajo*. Madrid España. Editorial. Avante.
- Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M. & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.** (2001). *El rol del mando sanidad y deterioro de clima laboral*. Madrid España. Editorial. Océano
- Ausfelder, T.** (2010). *SB: El acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
- Beecker T. A., & Bhagat, R. S.** (1983) *Desarrollo del capital humano en hospitales*. New York. John Wiley & Sons.
- Bosqued, Marisa** (2014). *Quemados, el síndrome de Burnout: qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. p. 208.
- Carlin, Maicon; Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique** (2010). «El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral». *Anales de Psicología* **26** (1): pp. 169-180.
- Cooper, C. L., & Payne, R.** (1999). *Current concerns in occupational stress*. Chichester [etc.]: John Wiley & Sons.
- Dubet Lozano, J. A.** (2005). *Capital humano y expectativas de desarrollo institucionales vs Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: EDIKA MED.

España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social., & Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo Dublín. (2010). *El estrés físico y psicológico en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Fernández Arata, Manuel (2015). «Burnout, Autoeficacia y Estrés en médicos: Tres Estudios Fácticos». *Ciencia & Trabajo* **10** (30): pp. 120–125.

Freudenberger, Herbert. (1998). «Stress and Burnout and their implication in the Work Environment». En Stellman. *Encyclopaedia of occupational health and safety, vol. I.* (en inglés). Geneva: International Labour

García Jiménez, S. (2001). *Síndrome de burnout o el infierno de la ESO*. Alicante: Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert.

Gil-Monte, P., & Peiró Silla, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis

Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Maslach, Christina. (2013). *Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.

Maslach, Christina; Jackson, Susan (1986). *Maslach burnout inventory manual* (en inglés). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.

Napione Berge, María Elena (2008). *¿Cuándo se quema el profesional?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos. p. 436.

Quick, J. C., Murphy, L. R., & Hurrell, J. J. (1992). *Stress & well-being at work: assessments and interventions for occupational mental health* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Associatio

Ramírez Chávez María Inés (2016). *Síndrome Burnout en organización publica de salud multinivel del Estado de Guanajuato. Tesis para obtener el grado de doctor en administración y gestión doctoral.* Celaya, Gto México. Editorial propia.

Ronald Domeño, D., & Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones. (1983). *Estrés laboral y salud en profesionales de salud relacionado con la devaluación del capital humano: estudio empírico en la provincia de Alicante:* Universidad de Alicante. España. Editorial propia.

Schunke, Schulte, Schumacher, Voll y Wesker (2006). Prometheus. Texto y atlas de Anatomía. Tomo III: Cabeza y Neuroanatomía. Primera edición. Editorial Panamericana. Madrid. España.

Schultz Caro, Schiller, Real. S. (1977). *Capital humano y su importancia en las organizaciones* País de edición. N.Y Editorial. Espacio Editorial

Snell, R. (2007). Neuroanatomía Clínica. Sexta edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina.